

常规药物联合放松训练治疗广泛性焦虑障碍伴抑郁患者的临床疗效观察

唐自玲

(河南省濮阳市精神卫生中心临床五科 濮阳 457000)

摘要:目的:观察常规药物联合放松训练治疗广泛性焦虑障碍(GAD)伴抑郁(MDD)患者的临床疗效。方法:按随机数字表法将濮阳市精神卫生中心 2019 年 6 月至 2020 年 6 月收治的 72 例 GAD 伴 MDD 患者分为联合组与对照组,各 36 例。对照组采用常规药物治疗,联合组在此基础上联合放松训练。对比两组治疗 3 个月后临床疗效,治疗前及治疗 3 个月后病情严重程度[焦虑自评量表(SAS)、抑郁自评量表(SDS)]、自杀倾向[自杀态度问卷(QSA)]、睡眠质量[匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQI)]及自我效能[一般自我效能感量表(GSES)]评分,治疗前及治疗 3 个月后生活质量评分[生活质量量表(QOL-LC V2.0)],1 年内复发情况。结果:联合组总有效率明显高于对照组($P<0.05$)。治疗后两组 SAS、SDS、QSA、PSQI 量表评分均较治疗前显著降低($P<0.05$),且联合组明显低于对照组($P<0.05$);GSES、QOL-LC V2.0 量表评分均较治疗前显著提高,且联合组明显高于对照组($P<0.05$)。随访 1 年内,联合组复发率明显低于对照组($P<0.05$)。结论:常规药物联合放松训练治疗 GAD 伴 MDD 患者疗效显著,能够改善患者不良情绪,提高患者睡眠质量,同时降低自杀风险和复发率,提高患者生活质量,有利于患者预后。

关键词:广泛性焦虑障碍;抑郁;放松训练;睡眠质量;自我效能

中图分类号:R749.7 文献标识码:B doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2022.07.029

随着社会发展,当代人生活及精神压力变大,精神疾病高发,其中广泛性焦虑障碍(GAD)与抑郁(MDD)尤为常见,均易导致患者失眠,严重时甚至出现自杀倾向,因此对该病早发现早治疗非常重要。目前临床治疗 GAD 与 MDD 主要采用药物治疗,但药物治疗通常起效慢,在改善心理问题方面有所欠缺,因此需要联合非药物治疗以加快康复进程。据近年来学者研究,通过放松训练治疗该病效果较好^[1]。本研究观察常规药物联合放松训练治疗 GAD 伴 MDD 患者的临床疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 按随机数字表法将濮阳市精神卫生中心 2019 年 6 月至 2020 年 6 月收治的 72 例 GAD 伴 MDD 患者分为联合组与对照组,各 36 例。纳入标准:符合 GAD 诊断标准^[2];符合 MDD 诊断标准^[3];年龄 18~60 岁;对本研究内容知情并签署知情同意书。排除标准:精神分裂症发作期患者;智力缺陷者;意识不清,沟通障碍者;氟西汀药物过敏者。联合组男 21 例,女 15 例;年龄 24~56 岁,平均(34.3±3.5)岁;轻度 GAD 20 例,中度 GAD16 例;轻度

MDD 19 例,中度 MDD17 例。对照组男 17 例,女 19 例;年龄 21~54 岁,平均(32.8±4.1)岁;轻度 GAD 20 例,中度 GAD16 例;轻度 MDD 17 例,中度 MDD 19 例。两组一般资料比较,差异无统计学意义($P>0.05$)。本研究经医院医学伦理委员批准(伦理批号:2018-03-C065)。

1.2 治疗方法 对照组采用常规药物治疗。常规药物为盐酸氟西汀片(国药准字 H19980139),根据抑郁情况每日于饭后口服 20~60 mg。联合组在此基础上联合放松训练治疗:了解患者基本情况及情绪变化,选择安静、舒适的训练环境,播放舒缓柔和的音乐,帮助患者心理放松,从而缓解肌肉紧张情况,并选取舒适体位;训练过程采用渐进松弛法,指导患者进行肌肉放松训练,通过畅想美好事物分别从头、颈、四肢、躯干进行躯体放松;在肌肉放松的同时,告知患者闭眼睛,深呼吸,每次训练 60 min。首次训练时,为避免患者难以配合训练,医务人员可作为示范者与患者同时进行训练,待患者完全掌握后方可停止。每次训练过程中,及时询问患者感受,提示患者心理放松,引导患者进行美好事物想象,医务人员保

持语气亲切温柔,耐心与患者沟通,鼓励患者将心中烦恼宣泄出来,认真倾听,并及时给予心理疏导,避免提及病情相关知识,缓解患者心理压力。患者离院后,要求患者家属指导并监督患者进行放松训练。且在治疗期间,患者家属应多与患者进行交流,不要责怪、排斥患者,要理解患者,多与患者进行一些开心的活动。若患者有一定需求,需要尽量满足,若不能满足,要以温柔的语气进行劝阻,让患者知晓不能满足的原因。患者在家治疗期间,需要提供一个安静、舒适的睡眠环境,尽量减少夜间吵闹、熬夜等情况,以保证患者能够正常睡眠。若患者有所不适及不安感,应停止治疗,待患者情况好转时继续治疗。两组均治疗 3 个月。

1.3 观察指标 (1)临床疗效。评估标准:参照中华医学会神经精神科学会拟定的 4 级标准,以汉密尔顿焦虑量表(HAMA)减分率进行评估^[4]。减分率=(治疗前 HAMA 评分-治疗后 HAMA 评分)/治疗前 HAMA 评分×100%。其中显效为减分率≥50%,有效为减分率≥25%且<50%,无效为减分率<25%。总有效率=(显效例数+有效例数)/总例数×100%。(2)病情严重程度。采用焦虑自评量表(SAS)^[5]、抑郁自评量表(SDS)^[6]评估。SAS 与 SDS 均包含 20 个条目,每个条目评分 1~4 分,统计总分后化为百分制标准分,标准分越高,病情越严重。(3)自杀倾向。采用自杀态度问卷(QSA)^[7]进行评估。该问卷包含性质认识、对自杀者态度、对自杀家属态度、对安乐死态度 4 个维度 29 个条目,每个条目评分 1~5 分,总分分别为 9~45 分、10~50 分、5~25 分、5~25 分。得分越高,表明自杀倾向越大。(4)睡眠质量与自我效能。睡眠质量采用匹兹堡睡眠质量指数量表(PSQD)^[8]进行评估。PSQI 量表 0~21 分,得分越高睡眠质量越差。自我效能采用一般自我效能感量表(GSES)^[9]进行评估。GSES 分值 10~30 分,得分越高,自我效能感越高。(5)生活质量。生活质量采用生活质量量表(QOL-LC V2.0)^[10]进行评估,包括日常生活(6 项)、心理状态(6 项)、家庭情况(5 项)、身体情况(5 项),积极项采用正向评分方式,消极项采用逆向评分方式,每项均为 1~10 级评分,分数越高说明其生活质量越好。(6)随访,观察 1 年内两组复发情况。

1.4 数据分析 采用 SPSS19.0 软件进行统计学分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用独立样本 *t* 检验,组内比较采用配对 *t* 检验;计数资料使用%表示,采用秩和检验或 χ^2 检验。*P*<0.05 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 治疗 3 个月,联合组治疗有效率明显高于对照组,差异有统计学意义。*(P*<0.05)。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]					
组别	<i>n</i>	显效	有效	无效	总有效
联合组	36	10(27.78)	17(47.22)	9(25.00)	27(75.00)
对照组	36	3(8.33)	16(44.44)	17(47.22)	19(52.78)
<i>Z</i> χ^2		6.261			3.852
<i>P</i>		0.043			0.049

2.2 两组病情严重程度比较 治疗前,两组 SAS、SDS 评分比较,差异无统计学意义(*t*=0.574、1.782, *P*=0.567、0.078);治疗 3 个月后,两组 SAS、SDS 评分均较治疗前显著降低(*P*<0.05),且联合组明显低于对照组(*t*=2.176、2.310, *P*=0.033、0.024)。见表 2。

表 2 两组 SAS、SDS 评分比较(分, $\bar{x} \pm s$)				
组别	时间	<i>n</i>	SAS	SDS
联合组	治疗前	36	62.52± 3.15	68.01± 3.71
	治疗 3 个月后	36	58.12± 3.54	63.22± 3.45
	<i>t</i>		5.571	5.673
	<i>P</i>		0.000	0.000
对照组	治疗前	36	62.98± 3.63	69.55± 3.62
	治疗 3 个月后	36	59.86± 3.24	65.21± 3.85
	<i>t</i>		3.847	4.928
	<i>P</i>		0.000	0.000

2.3 两组自杀倾向比较 治疗前,两组性质认识、对自杀者态度、对自杀家属态度、对安乐死态度评分及总评分比较,差异无统计学意义(*t*=0.333、0.347、1.201、0.910、0.586, *P*=0.739、0.728、0.233、0.910、0.586);治疗 3 个月后,两组性质认识、对自杀者态度、对自杀家属态度、对安乐死态度评分及总评分均较治疗前显著降低(*P*<0.05),且联合组明显低于对照组(*t*=3.047、2.389、4.339、2.341、2.995, *P*=0.003、0.020、0.000、0.022、0.004)。见表 3。

表 3 两组 QSA 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	n	性质认识	对自杀者态度	对自杀家属态度	对安乐死态度	总评分
联合组	治疗前	36	28.07± 2.51	32.26± 2.39	15.27± 2.48	16.33± 2.31	91.93± 8.74
	治疗 3 个月后	36	24.32± 2.15	28.52± 2.61	12.32± 2.15	13.42± 2.52	78.58± 9.16
	t		6.808	6.341	5.393	5.107	6.326
	P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
对照组	治疗前	36	28.26± 2.32	32.05± 2.72	15.95± 2.32	16.85± 2.53	93.11± 8.33
	治疗 3 个月后	36	25.96± 2.41	29.97± 2.54	14.55± 2.21	14.68± 2.02	85.16± 9.48
	t		5.919	3.353	4.494	4.022	3.779
	P		0.000	0.001	0.000	0.000	0.000

2.4 两组生活质量比较 治疗前,两组日常生活、心理状态、家庭情况、身体情况评分及 QOL-LC V2.0 总评分比较,差异无统计学意义($P>0.05$);治疗 3 个月

后,两组日常生活、心理状态、家庭情况、身体情况评分及 QOL-LC V2.0 总评分均较治疗前提高 ($P<0.05$),且联合组明显高于对照组($P<0.05$)。见表 4。

表 4 两组 QOL-LC V2.0 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	n	日常生活	心理状态	家庭情况	身体情况	总评分
联合组	治疗前	36	31.56± 5.22	21.71± 6.25	17.31± 4.22	28.71± 6.95	99.29± 14.65
	治疗 3 个月后	36	48.27± 6.79	39.14± 7.76	29.13± 7.11	37.18± 7.81	153.72± 21.18
	t		11.706	10.495	8.577	4.861	12.681
	P		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000
对照组	治疗前	36	30.15± 5.14	20.30± 5.92	18.29± 4.15	29.36± 6.42	98.10± 15.34
	治疗 3 个月后	36	45.19± 6.01	35.33± 7.19	25.20± 7.04	33.15± 8.22	138.87± 20.93
	t		11.410	9.682	5.073	2.180	9.426
	P		0.000	0.000	0.000	0.032	0.000

2.5 两组睡眠质量与自我效能比较 治疗前,两组 PSQI、GSES 评分比较,差异无统计学意义($t=0.268$ 、 1.765 , $P=0.789$ 、 0.081);治疗 3 个月后,两组 PSQI 评分较治疗前降低($P<0.05$),GSES 评分较治疗前提高($P<0.05$),且联合组治疗后 PSQI 低于对照组 ($t=4.083$, $P=0.000$),GSES 评分高于对照组 ($t=2.147$, $P=0.035$)。见表 5。

表 5 两组 PSQI、GSES 评分比较(分, $\bar{x}\pm s$)

组别	时间	n	PSQI	GSES
联合组	治疗前	36	15.93± 1.83	17.31± 1.59
	治疗 3 个月后	36	13.22± 1.46	19.12± 1.58
	t		6.946	4.844
	P		0.000	0.000
对照组	治疗前	36	15.83± 1.29	16.64± 1.63
	治疗 3 个月后	36	14.75± 1.71	18.36± 1.42
	t		3.025	4.774
	P		0.003	0.000

2.6 两组复发情况比较 随访 1 年,联合组 3 例(8.33%)出现复发,对照组 11 例(30.56%)出现复

发,联合组复发率明显低于对照组($\chi^2=4.345$, $P=0.037$)。

3 讨论

GAD、MDD 发病早期不易察觉,病发后不仅不利于身心健康,也在潜移默化中影响患者日常生活,甚至因产生自杀倾向而危及生命,因此在发病后采取有效治疗措施至关重要。放松训练是为了让人体交感神经系统的兴奋性降低,使血压、心率、呼吸频率等生理活动强度降低,该过程有利于机体能量储存,促进其机体功能恢复。本研究结果显示,联合组治疗效果明显高于对照组,这表明常规药物联合放松训练治疗 GAD 伴 MDD 患者临床疗效较好,其原因可能是在放松训练中,指导患者进行肌肉放松,能帮助患者体验到紧张和放松的不同感觉,配合深呼吸,能使患者明显察觉到放松后的愉快,使其更好地体会到放松效果,减少焦虑情绪的产生,从而达到治疗 GAD 的效果。

放松训练有助于患者放松全身肌肉,从而身心

舒畅,有利于疾病恢复。患者进行放松训练后焦虑、抑郁情绪均较治疗前有所缓解,原因可能是在医务人员指导下,患者学会渐进松弛法,通过每日锻炼,肌肉得到有效放松,降低机体活动水平,从而达到心理放松,并循序渐进;通过 3 个月持续治疗,治疗效果得以巩固,从而焦虑、抑郁等负面情绪好转,病情减轻。尽管如此,当患者心境持续低沉,MDD 没有得到及时治疗可能会造成患者自杀倾向出现,不仅威胁患者自身安全,还易对患者家庭造成伤害。本研究结果显示,通过药物治疗联合放松训练后,发现患者自杀倾向明显好转,这是由于患者对自杀产生正确认识,逐渐学会对自己及家人负责,且心境开朗之后,可逐渐转移注意力,寻找生活中乐趣,与亲朋好友进行沟通,排解抑郁情绪,从而心情愉悦舒畅,自杀念头减少。

GAD 患者经常因为生活中某些问题过分担心忧虑,例如身体健康、生活能力等,因此神经敏感紧张,导致睡眠质量受到影响,夜间出现失眠、易醒症状,白天易疲乏打盹。通过治疗后,可发现患者睡眠质量好转,自我效能感提升,究其原因可能是患者白天进行 1 h 训练,充分缓解白天的压力和紧张,并适当产生疲惫感,因此在夜间心理放松,使睡眠质量得以优化。据调查研究显示,通过白天的放松训练,使患者体温高于日常峰值水平,体温下降更慢,从而白天精力充沛,同时夜间体温下降较平时更多,因此睡眠情况好转,精力充沛,增加自信,自我效能感提高^[1]。本研究结果显示,治疗 3 个月后,联合组生活质量明显较优,可能是通过放松训练能使患者心情保持愉

悦舒畅,减少焦虑、抑郁等情绪的产生,改善患者心理状态;要求家属多与患者进行沟通、交流,了解患者实际情况,能避免其家属产生排斥心理,有效提升患者家庭生活质量;通过放松训练还能改善患者睡眠质量,使患者能够正常睡眠,减少失眠症状的产生,促进患者机体功能恢复,改善患者身体情况,从而有效提高患者生活质量。随访 1 年内,联合组复发率明显较低,这说明常规药物联合放松训练治疗远期效果好,能避免患者后期复发。

综上所述,常规药物联合放松训练治疗 GAD 伴 MDD 患者临床疗效较好,可帮助患者提高自我效能感,改善负面情绪与睡眠质量,避免出现自杀情况,并且还能提高生活质量,降低复发率。

参考文献

[1]代金兰,韩莹,陈倩.共情护理联合放松训练对 COPD 患者焦虑抑郁情绪及睡眠质量的影响[J].医学临床研究,2018,35(7):1295-1297.
[2]吴文源,魏镜,陶明.综合医院焦虑抑郁诊断和治疗的专家共识[J].中华医学杂志,2012,92(31):2174-2181.
[3]中华中医药学会脑病专业委员会,国家中医药管理局全国脑病重点专科抑郁症协作组.抑郁症中医证候诊断标准及治疗方案[J].北京中医药大学学报,2011,34(12):810-811.
[4]曲姗姗,胜利.广泛性焦虑量表在综合医院心理门诊筛查广泛性焦虑障碍的诊断试验[J].中国心理卫生杂志,2015,29(12):939-944.
[5]王敬斋,张树荣.Zung 焦虑抑郁自评量表对消化内科门诊患者焦虑抑郁的测评[J].临床消化病杂志,2016,28(3):150-153.
[6]段泉泉,胜利.焦虑及抑郁自评量表的临床效度[J].中国心理卫生杂志,2012,26(9):676-679.
[7]蒋庆飞,王卫平,胡美玉,等.综合心理干预对抑郁症患者心理行为影响[J].中国公共卫生,2013,29(6):878-880.
[8]邱建青,周密,邱培媛,等.匹兹堡睡眠质量指数用于农村老年人群的信效度分析[J].现代预防医学,2016,43(10):1835-1838.
[9]刘延锦,王敏,董小方.中文版运动锻炼自我效能感量表在脑卒中患者中的信效度研究[J].中国实用护理杂志,2016,32(13):974-977.
[10]陈艳,童金龙,郑勤.团体认知行为疗法对青年肝癌患者心理状况与生活质量的影响[J].西部中医药,2017,30(11):115-117.
[11]于旭宝,孙红妍,邢凯,等.中国大学生睡眠质量与抑郁情绪关系的 meta 分析[J].中国卫生统计,2019,36(3):420-422.

(收稿日期: 2021-12-24)

(上接第 54 页)

[2]Boroujeni NH,Handjani F,Saki N.CO₂ laser treatment for plantar warts in children: A case series[J].Dermatol Ther,2020,33(3):e13414.
[3]Witchey DJ,Witchey NB,Roth-Kauffman MM,et al.Plantar warts: epidemiology, pathophysiology, and clinical management [J].J Am Osteopath Assoc,2018,118(2):92-105.
[4]赵辨.中国临床皮肤病学[M].南京:江苏科学技术出版社,2010.669-673.
[5]张丹露,季梅,钱季鑫,等.中药祛疣方温热疗法联合他扎罗汀治疗多发性跖疣的临床研究[J].中国中西医结合皮肤性病杂志,2019,18(1):38-39.
[6]Nemer KM,Hurst EA.Confluent verruca vulgaris arising with in bilateral eyebrow tattoos: successful treatment with ablative laser and topical 5% imiquimod cream[J].Dermatol Surg,2019,45(3):473-475.
[7]景伟芳,周娜娜,邱思思,等.祛疣汤联合光动力治疗对湿热血瘀型顽固性跖疣患者皮损程度、生活质量及复发情况的影响[J].中国

医院用药评价与分析,2020,20(12):1449-1452.
[8]孙焱,景伟芳,薛莉.5-氨基酮戊酸光动力疗法联合中药方剂治疗跖疣的效果及对外周血 CD4⁺CD25⁺CD127 dim⁻ 调节性 T 细胞的影响[J].中国医药导报,2021,18(7):108-112.
[9]王燕,王霞.综合性护理在妊娠合并外阴尖锐湿疣患者激光联合 5-氨基酮戊酸光动力疗法治疗中的应用效果[J].中国当代医药,2020,27(10):228-230.
[10]范崇帅,李晓民,毕兴杰,等.推疣法联合 CO₂ 激光治疗对跖疣患者 IgG、IgA 及 IgM 水平的影响[J].中国医药指南,2021,19(18):25-27.
[11]黄敏,李媛丽,王文颖.火针联合液氮冷冻治疗跖疣临床疗效观察[J].北京中医药,2021,40(1):96-98.
[12]葛美群,张伟,尹琪.火针联合卡介菌多糖核酸治疗多发性跖疣的临床疗效及其安全性[J].临床合理用药,2020,13(24):84-85.
[13]徐俊涛,王莹,王丽,等.贴麻后火针剥除术治疗寻常疣:多中心随机对照研究[J].中国针灸,2021,41(1):67-70.

(收稿日期: 2021-11-25)